

18. Ладыненко А. П. Виды вооружённых конфликтов и применимое к ним право // Альманах международного права. – 2009. – № 1. – С. – 136-150.
19. Свинарски К. Основные понятия и институты международного гуманитарного права как система защиты прав человека / К. Свинарски – М.: Международный Комитет Красного Креста, 1997.

Сажієнко Н. В., МГУ

ПРАВОВІ ФОРМИ СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ САНІТАРНО- ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

Статья посвящена рассмотрению причин и процессов возникновения сотрудничества различных государств в области здравоохранения. В статье проанализировано сотрудничество государств в сфере здравоохранения на различных уровнях – универсальном, региональном, двустороннем.

The article deals with the causes and processes of states cooperation of area of health. The article analyzes the cooperation of states in health care on the universal, regional and bilateral levels.

Процеси глобалізації призвели до переходу наявних загроз колективного та індивідуального здоров'я на інший, новий якісний рівень, і до появи нових загроз, що спричинило необхідність спільних дій у галузі охорони здоров'я зусиллями всього світового співтовариства. Вони пов'язані як зі змінами, що відбуваються в самій природі захворювань, так і в появі нових захворювань і в шляхах їх розповсюдження. На трьох рівнях здійснюється співробітництво держав у сфері охорони здоров'я, а саме – універсальному, регіональному, двосторонньому. Однією з цілей даного співробітництва є нерозповсюдження інфекційних хвороб і в разі необхідності швидке реагування на загрозу та ліквідація небезпеки, що може виникнути на території однієї держави та мати транскордонний характер.

Метою даної статті є дослідження правових форм співробітництва держав у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя. Мета роботи передбачає реалізацію наступних завдань: характеризувати еволюцію форм співробітництва держав в сфері санітарно-

епідеміологічного благополуччя, проаналізувати співробітництво держав у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя на універсальному, регіональному, двосторонньому рівнях.

Окремі питання, пов'язані з даною проблематикою, розглядалися в роботах вітчизняних та зарубіжних дослідників, зокрема, В. В. Мартенс, Б. В. Ганюшкін, В. С. Михайлов, М. О. Медведєва, Т. С. Сорокіна, Н. О. Рингач.

Об'єктом даного дослідження є міжнародні відносини, що виникають між державами у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є норми міжнародного права, які регламентують співробітництво держав в сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя.

Виникнення співпраці між державами у галузі охорони здоров'я було зумовлено необхідністю міжнародного узгодження заходів з санітарної охорони територій держав у зв'язку з періодично виникаючими епідеміями та пандеміями. Співробітництво держав у галузі охорони здоров'я своїм виникненням зобов'язане організацією протиепідемічних заходів на міждержавному рівні*. Найбільш виразно це виявилось в період класичного середньовіччя, коли стали застосовуватися конкретні заходи проти епідемій у Європі (карантини, лазарети, застави і т. д.). Мала ефективність санітарних і протиепідемічних заходів, що проводяться на національному рівні, змушувала шукати вирішення проблеми на міждержавній основі.

У цих цілях почали створювати міжнародні санітарні ради: в Танжері (1792 – 1914 рр.), Константинополі (1839 – 1914 рр.), Тегерані (1867 – 1914 рр.), Олександрії (1843 – 1938 рр.).

У 1851 р. в Парижі відбулася перша Міжнародна санітарна конференція, в якій взяли участь лікарі та дипломати 12 держав (Австрії, Англії, Ватикану, Греції, Іспанії, Португалії, Росії, Сардинії, Сицилії, Тоскани, Туреччини, Франції). Конференція поклала початок міжнародному співробітництву в галузі охорони здоров'я. З 1881 р. по 1897 р. було проведено 9 конференцій, але тільки в 1903 р. європейські держави прийняли у Венеції першу Міжнародну санітарну конвенцію, присвячену проблемам холери та чуми [18, с. 171]. У 1926 р. вже розширеним колом учасників Конвенція була переглянута і доповнена положеннями, що стосуються вітряної віспи та тифу. У 1935 р. була підписана Міжнародна санітарна конвенція для повітряної навігації. У них встановлювалися максимальний та мінімальний карантинні періоди для віспи,

чуми і холери, уточнювалися портові санітарні правила і функції карантинних станцій, визначалася важливість епідеміологічної інформації у міжнародному співробітництві щодо запобігання розповсюдження інфекцій. У подальшому такі конференції стали важливою і плідною формою міжнародного співробітництва європейських держав.

У 1907 р. в Парижі було створено Міжнародне бюро громадської гігієни (МБГГ). Воно стало міжнародною організацією з постійним секретаріатом і постійним комітетом офіційних осіб з 12 держав-учасниць (9 з яких – європейські) [18, с. 171]. Ця організація була адміністративним союзом, що об'єднував 55 держав. У завдання МБГГ входило: «збір та доведення до відома країн-учасниць фактів і документів загального характеру, що відносяться до громадської охорони здоров'я, особливо до таких інфекційних захворювань, як холера, чума і жовта лихоманка, а також збір і поширення інформації про заходи боротьби з цими захворюваннями» [17]. МБГГ займався також розробкою міжнародних конвенцій та угод в області охорони здоров'я, контролем за їх виконанням, питаннями гігієни на судах, водопостачання, гігієни харчування, рішенням міжнародних карантинних суперечок і вивченням національних санітарно-карантинних законодавств.

МБГГ видавало щотижневий бюлетень французькою мовою, в якому публікувалися відомості про поширення в світі віспи, холери, жовтої лихоманки і інших найбільш поширених захворювань. За безпосередньої участі МБГГ в 1922 р. був створений перший міжнародний стандарт – стандарт дифтерійного анатоксину, а в 1930 р. при Державному інституті сироваток в Копенгагені був організований міжнародний відділ, відповідальний за збереження відповідного міжнародного стандарту антидифтерійної сироватки. МБГГ існувало до кінця 1950 р. Досвід його роботи та інформаційно-видавничої діяльності згодом був використаний при створенні Організації охорони здоров'я Ліги Націй і ВООЗ.

Перша Панамериканська санітарна конференція відбулася в грудні 1902 р. у Вашингтоні. Конференція створила постійно діючий орган – Міжнародне (Панамериканське) санітарне бюро, яке з 1958 р. відомо як Панамериканська організація охорони здоров'я (ПООЗ) – Pan-American Health Organization (ПАНО) [17].

Організація охорони здоров'я Ліги Націй (ОЗЛН) була створена після першої світової війни в 1923 р. у зв'язку з різким погіршенням

епідемічної ситуації в Європі і широким поширенням пандемій і епідемій тифу, холери, віспи та інших інфекційних захворювань. Сфера її діяльності була значно ширше, ніж коло питань, якими займалося МБГГ.

Мета Організації охорони здоров'я Ліги Націй полягала в тому, «щоб вжити всіх заходів міжнародного масштабу для попередження і боротьби з хворобами» [17].

У 1946 р. Ліга Націй, а разом з нею і її Організація охорони здоров'я припинили своє існування.

Після другої світової війни провідною організацією міжнародного співтовариства стала Організація Об'єднаних Націй (ООН), заснована в 1945 р. з ініціативи держав-переможниць. У 1945 р. Конференція Об'єднаних Націй по міжнародним організаціям в Сан-Франциско одноголосно підтримала пропозицію Бразилії та Китаю створити нову автономну міжнародну організацію охорони здоров'я [10, с. 10]. Міжнародна конференція з охорони здоров'я була скликана відповідно до резолюції ЕКОСОР від 15 лютого 1946 р. [18, с. 98]. У 1946 р. в Нью-Йорку учасниками конференції було прийнято Статут нової міжнародної організації охорони здоров'я – Всесвітньої організації охорони здоров'я – ВООЗ (World Health Organization-WHO) і вже рік по тому ця організація брала активну участь у боротьбі з епідемією холери в Єгипті [10, с. 12]. Статут ВООЗ вступив в силу 7 квітня 1948 р. Штаб-квартира ВООЗ знаходиться в Женеві (Швейцарія).

Метою діяльності ВООЗ є «досягнення всіма народами можливо вищого рівня здоров'я». За 63 роки з моменту створення Організація добилася певних успіхів у справі розвитку міжнародного охорони здоров'я. 8 травня 1980 р. ВООЗ оголосила про повне викорінення віспи. На даний момент програма боротьби з онкоцеркозом, розпочата у 1974 р., перебуває у своїй завершальній стадії. У тому ж році ВООЗ приступила до реалізації програми вакцинації дитячого населення планети, яка також продемонструвала позитивні результати. Також були прийняті Глобальні стратегії: Глобальна стратегія сектора охорони здоров'я з ВІЛ / СНІДу (2003-2007 рр.), Стратегія «Зупинити туберкульоз» (2006-2015 рр.). Регіональні стратегії і плани: План «Зупинити туберкульоз в 18 найбільш пріоритетних країнах Європейського регіону» (2007-2015 рр.), Європейська базова стратегія зниження тягаря ТБ / ВІЛ (2003 р.).

Співробітництво держав на універсальному рівні з боротьби з інфекційними хворобами на універсальному рівні базується

на Міжнародних медико-санітарних правилах («ММСП» або «Правила»), які були прийняті Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я ВООЗ в 1969 р. [8]; їм передували Міжнародні санітарні правила, прийняті Четвертої сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ВООЗ в 1951 році. Основною метою цих правил була уніфікація і кодифікація текстів численних міжнародних санітарних конвенцій.

У Міжнародні санітарні правила 1969 р., які спочатку охоплювали шість "карантинних хвороб", в 1973 р. [9] і в 1981 р. [2,7] були внесені зміни, головним чином для того, щоб скоротити кількість охоплених хвороб з шести до трьох (жовта лихоманка, чума і холера) і відобразити глобальну ліквідацію віспи.

Враховуючи збільшення міжнародних поїздок і торгівлі, а також виникнення і повторне виникнення нових міжнародних небезпек, пов'язаних з хворобами, і ризиків для здоров'я населення, Сорок восьма сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ВООЗ в 1995 р. закликала провести істотний перегляд Міжнародних медико-санітарних правил, прийнятих в 1969 році [3]. У резолюції WHA 48.7 Асамблея охорони здоров'я запропонувала Генеральному директору зробити заходи щодо підготовки цього перегляду, закликавши забезпечити широку участь та співпрацю в цьому процесі.

Після широкої попередньої роботи з перегляду, виконану Секретаріатом ВООЗ в консультації з державами – членами ВООЗ, міжнародними організаціями та іншими відповідними партнерами, а також у результаті імпульсу, створеного появою і міжнародним поширенням важкого гострого респіраторного синдрому (першої в ХХІ сторіччі глобальної надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я) [5], Асамблея охорони здоров'я заснувала в 2003 р. відкриту для всіх держав-членів Міжурядову робочу групу для розгляду проекту переглянутого варіанту Правил та передачі його на розгляд Асамблеї охорони здоров'я [4]. ММСП (2005 р.) було прийнято П'ятдесят восьмою сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 23 травня 2005 року [6]. Вони вступили в силу 15 червня 2007 року.

Мета і сфера застосування нових Правил складаються «в запобіганні міжнародного розповсюдження хвороб, обереганні від них, боротьби з ними і прийняття відповідних заходів на рівні громадської охорони здоров'я, які сумірні з ризиками для здоров'я населення та обмежені ними і які не створюють зайвих перешкод

для міжнародних перевезень і торгівлі». ММСП (2005 р.) містять низку інновацій, в тому числі: (а) сфера застосування не обмежується якою-небудь конкретною хворобою або способом передачі, а охоплює «хвороба або медичний стан, незалежно від походження чи джерела, яке представляє або може становити ризик нанесення людям значної шкоди»; (b) зобов'язання держав-учасниць створити певний мінімальний основний потенціал суспільної охорони здоров'я; (c) обов'язок держав-учасниць повідомляти ВООЗ про події, які відповідно до визначених критеріїв можуть являти собою надзвичайну ситуацію в галузі громадської охорони здоров'я, що має міжнародне значення; (d) положення, які уповноважують Організацію брати до уваги неофіційні повідомлення про події, пов'язані з громадською охороною здоров'я, і отримувати від держав-учасниць підтвердження відносно таких подій; (e) процедури оголошення Генеральним директором «надзвичайної ситуації в області суспільної охорони здоров'я, що має міжнародне значення» і випуску відповідних тимчасових рекомендацій після прийняття до уваги поглядів Комітету з надзвичайної ситуації; (f) захист прав усіх людей та осіб, що здійснюють поїздки, і (g) створення Національних координаторів з ММСП і Контактних пунктів ВООЗ з ММСП для термінового обміну інформацією між державами-учасницями і ВООЗ.

ММСП встановлюють правові рамки для підтримки існуючих та інноваційних підходів у глобальному виявленні подій та прийнятті заходів у відповідь на ризики для здоров'я населення та надзвичайні ситуації. Незважаючи на те, що нові Правила розроблені на основі попередніх ММСП (1969 р.), вони головним чином засновані на недавньому досвіді ВООЗ та її держав-членів у галузі створення національних систем епіднадзора, збору інформації про епідемічний стан, перевірки, оцінки ризику, оповіщення про спалахи хвороб та координації міжнародних заходів у відповідь. Все це є частиною десятирічної роботи ВООЗ над посиленням міжнародної безпеки в області суспільної охорони здоров'я.

ММСП лежать в основі повноважень ВООЗ на управління міжнародними відповідними заходами на критичні події та ризики для здоров'я населення, включаючи надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, що мають міжнародне значення.

Застосування ММСП (2005 р.) не обмежується конкретними хворобами, і передбачається, що Правила збережуть свою

відповідність і застосовність протягом багатьох років навіть в умовах триваючої еволюції хвороб і факторів, що визначають їх виникнення і передачу. Положення ММСП (2005 р.) оновлюють і змінюють багато технічних та інших регулюючих функцій, включаючи свідоцтва, що застосовуються в міжнародних поїздках і транспорті, а також вимоги до міжнародних портів, аеропортів та наземних транспортних вузлів. В структуру ММСП входять додатки – зразок свідоцтва про звільнення судна від санітарного контролю, свідоцтва про проходження судном санітарного контролю, зразок міжнародного свідоцтва про вакцинацію або профілактики, зразок морської медико-санітарної декларації, Медико-санітарна частина генеральної декларації повітряного судна.

Морська медико-санітарна декларація була переглянута для відображення більш широкої сфери застосування ММСП (2005 р.) і прийнятих в даний час технічних стандартів і термінології.

Медико-санітарна частина Загальної декларації повітряного судна – це документ Міжнародної організації цивільної авіації (ІКАО). Цей документ періодично переглядається державами-членами ІКАО та історично, в практичних цілях, наводиться в додатках до ММСП [13]. Відповідно, недавні поправки до цієї Декларації, прийняті ІКАО, будуть враховані у наступних виданнях ММСП.

Дієва і ефективна міжнародна карантинна система вимагає своєчасної і повної епідеміологічної інформації, тому в обов'язок держав-учасниць входить негайне оповіщення ВООЗ про спалахи тих чи інших інфекційних захворювань на своїй території. Отримавши таку інформацію, ВООЗ передає її в національні санітарні адміністрації, уточнюючи при цьому умови застосування Регламенту і загальну епідеміологічну ситуацію. Контроль за застосуванням Правил здійснює Міжнародний Карантинний Комітет.

Для реалізації ММСП держави-учасниці, за підтримки регіональних бюро ВООЗ, повинні привести у відповідність своє законодавство з вимогами Правил як можна швидше, але не пізніше ніж через п'ять років після набрання чинності цих Правил. Правила (статті 5, 13, Додаток 1) встановлюють максимальні терміни, які для більшості держав можуть бути зведені до наступних:

15 червня 2007 – 15 червня 2009 року: два роки на оцінку наявних національних структур і ресурсів з подальшою розробкою планів дій.

15 червня 2009 – 15 червня 2012 року: три роки на здійснення цих планів дій для забезпечення основних можливостей та їх функціонування в державі та/або на її відповідних територіях [19].

Загальна відповідальність за здійснення ММСП лежить на державах-учасниках та ВООЗ. Для того, щоб бути в змозі повідомляти про події або приймати відповідні заходи щодо ризиків для здоров'я населення або надзвичайних ситуацій, держави-учасниці повинні володіти потенціалом для виявлення таких подій за допомогою добре організованої національної інфраструктури епіднагляду і відповідних заходів. Державам-учасникам пропонується активно співпрацювати між собою і з ВООЗ з метою мобілізації фінансових ресурсів для виконання своїх зобов'язань у рамках ММСП. У міру отримання запитів ВООЗ буде допомагати країнам, що розвиваються в мобілізації фінансових ресурсів та забезпечення технічної підтримки, необхідної для створення, зміцнення і підтримки можливостей, необхідних відповідно до ММСП.

У зв'язку з прийняттям нової редакції Міжнародних медико-санітарних правил (2005) і необхідністю гармонізації вітчизняного законодавства до міжнародних зобов'язань в Україні розроблено проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Правил санітарної охорони території України» [16], які планується ввести замість попередніх, затверджених постановою КМУ від 24 квітня 1999 № 696. Правила санітарної охорони території України регламентують відповідальність за забезпечення належних умов діяльності санітарно-карантинних підрозділів (відділів, пунктів) у пунктах пропуску через державний кордон України Міністерства транспорту та зв'язку, Міністерства аграрної політики, Державної митної служби, Державної прикордонної служби, Міністерства охорони навколишнього середовища спільно з регіональними органами виконавчої влади, підприємствами, установами та організаціями, які належать до сфери їх управління та майно яких розміщені постійно у прикордонних контрольних пунктах. З червня 2007 р. проект опублікований на офіційному сайті МОЗ для громадського обговорення, на сьогодні йде опрацювання остаточної редакції документа. Метою прийняття постанови є комплексне розв'язання проблеми захисту населення від інфекційних хвороб, завданнями – забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення на території держави. Відповідно, основними заходами для здійснення зазначеної мети визначено здійснення медико-санітарних заходів, спрямованих на

запобігання занесення та розповсюдження карантинних, особливо небезпечних і небезпечних інфекційних хвороб.

На регіональному рівні також здійснюється співпраця держав у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя. Держави-учасниці Співдружності Незалежних Держав підписали Угоду про співробітництво в галузі санітарної охорони територій держав-учасників Співдружності Незалежних Держав 2001 р. з метою взаємної охорони територій держав-учасниць угоди від завезення та реалізації потенційно небезпечних для здоров'я населення товарів і вантажів при здійсненні контрактів та розвитку господарських і торговельних зв'язків у рамках Співдружності Незалежних Держав. У рамках СНД була розроблена Концепція співробітництва держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав у галузі охорони здоров'я населення і затверджена Рішенням Ради глав урядів Співдружності Незалежних Держав від 18 вересня 2003 р. У концепції визначено основні завдання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я, а саме: стабілізація і поліпшення показників здоров'я населення; профілактика захворювань; поліпшення якості та забезпечення доступності медичної допомоги; реалізація міждержавних угод і цільових програм у галузі охорони здоров'я та забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, створення умов, що сприяють поліпшенню якості життя людини.

Уряди держав-членів митного союзу в рамках Євразійського економічного співтовариства уклали Угоду митного союзу по санітарним заходам 2009 р. з метою забезпечення охорони митної території митного союзу від завезення і розповсюдження інфекційних і масових неінфекційних хвороб (отруень) серед населення, продукції (товарів), не відповідної до санітарно-епідеміологічних і гігієнічних вимогам, ґрунтуючись на Угоді про проведення узгодженої політики в галузі технічного регулювання, санітарних і фітосанітарних заходів від 25 січня 2008 року.

Прикладом двостороннього рівня співробітництва держав в сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя можуть слугувати угоди підписані про співпрацю між Міністерством охорони здоров'я України та рядом держав, такі як: Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Куба про співробітництво в галузі охорони здоров'я (01.11.2002 р.), Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Таджикистан

про співробітництво в галузі розвитку охорони здоров'я, фармації, медичної техніки та медичної науки та підготовки кадрів (09.04.2003 р.), Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Сирійської Арабської Республіки про співробітництво в галузі охорони здоров'я та медичних наук (11.08.2003 р.), Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Македонія про співробітництво в галузі охорони здоров'я та медичної науки (27.06.2005 р.) та ін.

Метою співробітництва держав у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя здійснюється на універсальному, регіональному, двосторонньому рівнях є проведення узгодженої політики в галузі охорони здоров'я населення; оптимізація використання наукових, технічних, трудових і фінансових ресурсів, гармонізація нормативно-правової бази в галузі охорони здоров'я населення; створення постійно діючої міждержавної інформаційної системи з профілактики інфекційних та неінфекційних хвороб; розробка пріоритетних напрямів і проведення спільних наукових досліджень в галузі охорони здоров'я населення.

Примітки:

- * На думку Ф. Ф. Мартенса, "до обов'язків держав по відношенню до фізичного існування населення належить також вживання заходів до охорони народного здоров'я і засобів до здійснення захисту від різних небезпек, особливо заразливих хвороб, які сильно підривають добробут держав. Досвід показує, що роз'єднані зусилля різних урядів в боротьбі з цими небезпеками приносять мало користі. Ніякі заборони, ані кордони, ані карантини не в змозі попередити поширення зарази без спільної діяльності держав, спрямованої до цієї мети". Див.: Мартенс Ф. Ф. Современное международное право цивилизованных народов / Ф. Ф. Мартенс. – М.: Зерцало, 2008. – Том 2. – С. 138.

Література:

1. Резолюция WHA 26.55. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int>
2. Резолюция WHA 34.13. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int>
3. Резолюция WHA 48.7. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int>
4. Резолюция WHA 56.28. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int>

5. Резолюция WHA 56.29. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
6. Резолюция WHA 58.3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
7. Документ WHA 34/1981/REC/1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
8. Официальный отчет ВОЗ, No. 176, 1969 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
9. Официальный отчет ВОЗ, No. 209, 1973 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
10. Ганюшкин Б. В. Всемирная организация здравоохранения. – М.: 1959. – С. 10, 12.
11. Мартенс Ф. Ф. Современное международное право цивилизованных народов. – М.: Зерцало, 2008. – Том 2. – С. 138.
12. Медведева М.О. Міжнародне право та біотехнології. – К.: «Промінь», 2006. – 256 с.
13. Медико-санитарная часть Общей декларации воздушного судна. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
14. Международные медико-санитарные правила (ММСП). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
15. Международные медико-санитарные правила (2005 г.). Направления работы по выполнению правил, июнь 2007 г. – Женева: ВОЗ, 2007. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
16. Про затвердження Правил санітарної охорони території України: постанова Кабінету Міністрів України (проект). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=8200>
17. Сорокина Т. С. История медицины [Электронный ресурс] / Т. С. Сорокина. – Режим доступа: <http://bibliotekar.ru/423/39.htm>
18. Специализированные учреждения ООН в современном мире. – М., 1967. – С. 98, 171.
19. Три наиболее приоритетных задачи для государств-участников относительно выполнения требований ММСП (2005 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>